

キュア志向の病院医療からケア志向の 在宅医療へ—ケア志向の在宅医療における 薬剤師への期待

ナカノ在宅医療クリニック

院長 中野 一司

●「キュア」と「ケア」は問題解決の方法●

今日は「キュア志向の病院医療からケア志向の在宅医療へ—ケア志向の在宅医療における薬剤師への期待」ということでお話をさせていただきます。

「キュア」と「ケア」といっても、なかなか言う人によってニュアンスがずいぶん違うものですから、先に言葉の定義をはっきりさせておきます。私の定義するキュアとケアは、村田久行先生の「苦しみの構造」によるキュアとケアということになりますが、それを発展させて「問題の構造」というものを提唱しております。いろいろな問題は、「客観＝現実」と「主観＝理想・希望・価値」という、その人の思い（主観）と現実（客観）がずれることによって生じてくるものです。問題を解決するため、現実と思いの差を縮めるために、現実のほう（客観）を変える方法、これを「キュア」と定義します。それから、現実には即して思いのほう（主観）を変える方法を「ケア」と定義します。たとえば、がんがあるという状況で、がんを治すのが、現実を変える「キュア」です。それに対して、末期がんなどでもうがんが治らない状態、「キュア」が立ち行かない状態になってきたときに思いのほうを変える。がんを治したいではなくて、がんと共に生きるというように、主観のほうを変えていく問題解決の方法を「ケア」と定義しております。

キュアとケアはどちらかを志向するのではなくて、常にキュアをしながらケアをするということも起こりますので、自分のやっている医療行為（問題解決）がキュアなのかケアなのかを意識しながら同時に行うということが非常に大事になってきます。

●超高齢社会では「ケア」の比率が増す●

病院の医療と在宅の医療というのは、根本的に違うと思っています。病院の医療というのはキュアを志向する、いわゆる治療の志向が強いのにに対して、在宅の医療はケアが主に

なっています。病気や障害を受け入れながら生活していくということです。なぜかという
と、病院は、病気を検査して治療する所です。だから、どうしても病気が優先されます
し、治療が優先される医療になります。それに対して在宅の医療は、在宅医療というから
立つ位置がわからない話ですが病院の外で行われる医療ということです。だから、在宅の
医療は生活が優先される医療になってくる。そうすると、病気も生活と共に診ていくとい
うことになりますので、病気や障害を受け入れてその人がそこで暮らせるように支援して
いく医療、いわゆるケア志向の医療が在宅医療であるということになります。

今、医療崩壊ということがよくいわれていると思いますが、崩壊しているのはキュア志
向の病院医療だと思います。ケア志向の在宅医療は、今から広がっていく、構築してい
なくてはいけない分野になってくると思います。医療崩壊の本質は、超高齢社会の到来と
いうことであって、超高齢社会というのは老人が増える世界です。高齢者は病気ではなく
て障害がメインです。だから、高齢者の病気というか障害はキュアするよりも、その障害
を受け入れてケアするほうがよい場合のほうがけっこうあります。もちろん、90歳の方で
肺炎になった場合、ちゃんと肺炎をキュアすることは大事ですが、比率としてキュアより
もケアが大事になってくる領域があります。そういうことで、急性期の医療はキュア志向
の病院医療でかまわないのですが、慢性期の医療はケア志向の在宅医療、できるだけ病院
ではなくて地域で診ていくということが大事になってくるのではないかと思います。

WHOでも健康の概念は変わってきていて、かつての「ICD=医療モデル」から「ICF=生
活モデル」へ変わってきています。かつては、病気でないことが健康であったことが、病
気や障害があっても、活動できて社会参加できれば健康となっています。すなわち、ICF=
生活モデルでは、脳卒中で右片マヒがあっても歩けなくても、車いすを使ってヘルパーさん
の力を借りて外出（活動）できて、そして社会参加、お花見ができてお酒が飲めればハッ
ッピー、したがって健康ではないかという概念に変わってきています。いわゆる病気を治す
ということではなくて、病気や障害を受け入れてどうやって生活を支援していくか、これ
をケア志向の在宅医療と介護でフォローしていこうということになります。

キュア志向の病院医療とケア志向の在宅医療は、病院の中と外の医療になりますので、
お互い相補う関係の医療であります。だから、安定しているときは病院の外、施設や在宅
でケア志向の在宅医療を展開し、肺炎などになって治療が必要になったらキュア志向の病
院医療にお願いし、お互いに連携しながら診ていくということになると思います。

病院は看取りができません。なぜなら、病院は病気を検査して治療する所です。それ
に対して在宅の医療というのは、病気があっても検査も治療もしないという選択もできま
すし、在宅でできる検査、治療をやって、それで難しいならもう納得しますということ
です。このことが結果的な看取りになっていくわけです。看取りは、財源確保の目的では
ありません。看取りができる在宅医療をやれば医療費が安くなるから、在宅医療を推
進するものではありません。在宅医療を推進する理由は、本人が家にいたいという
からです。本人が家にいたいという希望を、家族は自分の仕事があることなどから必
ずしも家ではなくて病院に入院してよという方もいらっしゃると思いますが、そうい
う家族も負担にならないよ

うな介護システムを作りながら、できるだけ本人が家にいたい環境を作ってあげることで、最終的には皆亡くなりますので、そして家で亡くなった結果が看取りになるわけです。だから、その結果として医療費が安くなるということで、これは順番を逆にすると変なことになります。注意が必要だと思います。

在宅医療では訪問診療が大事です。定期的に、日頃の病状だけではなく生活状態などを押さえることにおいて、日頃の状態がわかります。それに何かあったときに24時間体制の往診をからめることで、看取りもできるし、緊急時の搬送もできるということで、定期的な訪問診療、定期的な往診を訪問診療といいます。定期的な訪問診療と緊急時の24時間365日体制の往診をセットでみることに、家で可能なら看取りまでフォローできる医療になるわけです。

今回（来年）の診療報酬改定でも、病院の機能分化と強化ということを厚生労働省は挙げています。そのなかで今後、結果的にベッドはかなり削減されてくると思います。そういうなかで病院にいられなくなった人たちというか、病院より在宅のほうが環境はいいわけですね。そこにいっぱい患者さんが出てくる所をフォローするための慢性期の医療、病院外の医療(在宅医療)が必要になってくるということだと思います。

●今後求められる「キュア・ケア志向の在宅医療（狭義）」には薬剤師の役割が重要●

医療と介護の連携ということが最近よくいわれますが、キュア志向の病院医療＝急性期医療と、ケア志向の介護は、直接の連携は難しいと思います。そこに、キュア・ケア志向の在宅医療、これは狭義の在宅医療で、訪問診療、訪問看護、薬剤師の服薬指導なども入ると思いますが、医療と介護をつなぐキュア・ケア志向の在宅医療（狭義）が非常に大事になってくると思います。そのうち、急性期の医療はキュア志向の病院医療で全く問題ないのですが、慢性期の医療は、治す医療、キュア志向の病院医療から、治し、支えるキュア・ケア志向の在宅医療（狭義）へ変わる必要があるということを考えています。現時点でも慢性期の医療はやはりキュア志向がかなり強いと思います。なぜなら、ドクターというのはキュア志向、あるいは今日お聴きになっている薬剤師のみなさんもそうですが、調剤薬局にいる限りは志向が全部キュア、薬とか治すということに志向しています。そうではなくて、服薬指導で在宅に行っても、患者さんがどうやってよりよく生活できるのか、できたら薬を使ってではなくて、薬を使わなくてもどういう生活ができるのかということ。薬の専門職の視点から見るという視点が非常に大事になってくるのではないかと思います。このような視点は、キュアからケアへということですが、2013年の社会保障制度改革国民会議でもまとめられていて、治す医療から支える医療へ、キュアからケアへということもう国策となってきています。

薬剤師について述べると、当院では4週間に1回、服薬カンファレンスを行っているのですが、これは16年前の開業時から行っております。私が薬剤師の免許を持って医学部に入ったということもあり、薬剤師は地域にとって非常に大事なのではないかと16年前から思っていたわけです。それを今も続けています。

病院で行われている医療を、そのまま在宅で行うことが在宅医療ではないということです。薬剤師という専門職の技能をもって、在宅ケアチームに参加し、服薬管理（キュア）と在宅ケアを展開するのが、訪問服薬指導（居宅療養管理指導）であると思っています。いわゆる、薬剤師の専門職をもってキュア・ケア志向の在宅医療（狭義）を展開するというのが1つのキーワードだと思います。

在宅医療では、ハイテクよりはローテク、低血圧よりは高血圧、低血糖よりは高血糖ですが、薬も在宅医療で使っていくというよりは、どんどんはずしていくことで、患者さんが元気になるということがあります。極端な話ですが、降圧剤が3剤使われていて寝たきりであった人が、降圧剤減量、はずしたら起き上がれるくらいまでなってきたというのが実例としてあります。

在宅医療は多職種連携で展開するチーム医療です。このなかには、医師、口腔ケアや摂食嚥下を診る歯科医師、薬を扱う薬剤師、あるいは訪問看護師や介護を担う介護福祉士、という形で、これがフラットに連携する医療になってきます。在宅において、在宅医療が必要になったら訪問服薬指導を入れて、在宅医療を入れて、医療と介護の連携を図ることが重要になってくるわけです。

まとめますと、慢性期医療の哲学を、キュア志向の病院医療の哲学からケア志向の在宅医療（広義）の哲学へパラダイムチェンジすることで、①患者さんはお薬や医療など必要以上の医療をされずにハッピー、②家族は看取りも選択の1つということで介護負担が取れてハッピー、③国は結果的に医療費がかからないわけでハッピーということになります。これは近江商法にいます近江商人の三方良しですね。「売り手良し」「買い手良し」「世間良し」ということで、これを政策的に実践するのが社会保障と税の一体改革だと思います。

注：ケア志向の在宅医療（広義）＝キュア・ケア志向の在宅医療(狭義)+ケア志向の介護